

Калит Ю.И., Аметов Л.З.,
Хан Г.В., Шаюсунов А.Р.,
Захидова С.Х., Садыков Н.С.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

РСЦХ им акад. В. Вахидова (директор - проф. Ф.Г. Назыров)

Актуальность. Основной целью оперативного лечения при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) сопровождающихся рефлюкс-эзофагитом является восстановление нормальной функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС). На сегодняшний день, по мнению многих специалистов, операция показана при безуспешных многократных и частых курсах медикаментозной терапии, быстром рецидиве заболевания после прекращения лечения (Черноусов Ф.Ас соавт. 2009). Хирургическое лечение показано больным с тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным стриктурой пищевода, формированием пептических язв.

До настоящего времени среди хирургов нет единого мнения о том, какая антирефлюксная операция имеет наименьшее количество послеоперационных осложнений, особенно в отдаленные сроки после операции (Пучков К.В., с соавт. 2003).

Chrysos E., Tsiaoussis J. et al.(2003) сравнили отдаленные результаты фундопликации по Toupet и Nissen - Rosetti и не выявили большой разницы в частота дисфагии (14% и 16%) и невозможности отрыжки воздухом (21%- 16%).

По мнению Черноусова А.Ф. с соавт. (1999;2001;2003) наиболее оптимальным хирургическим вмешательством является фундопликация в

модификации РНЦХ им акад. Б.В.Петровского, лишенная многих недостатков описанных способов. Хорошие результаты после данной операции отмечены в 94,4% наблюдений. удовлетворительные - в 1,6%. В отдаленном периоде дисфагия выявлена в 2,4% случаев. Рецидив рефлюкс-эзофагита отмечен у 3,5% в сроки до 5 лет.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты традиционных антирефлюксных операций при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

Материал и методы. За 2005-2012 гг. в отделении общей и лазерной хирургии РСЦХ им акад. В.Вахидова оперировано 60 пациентов с ГПОД, которые согласно классификации Akerlund (1926г) распределились следующим образом: I тип - аксиальная - 53, II тип - пара-эзофагеальная - 7. Мужчин - 16, женщин - 44. Возраст колебался от 37 до 74 лет, составив - $52.7 \pm 2,0$ лет. Анамнез заболевания в среднем был равен 40,1 $\pm$ 7,6 месяцев.

При первом типе грыж (аксиальные), кардиальная наблюдалась в 29 (54.7%) случаях, кардиофундальная - 23 (43.4%), субтотальная 1(1,9%). При втором типе грыж (параэзофагеальная) в 7 (13.3%) обнаружена желудочная.

Характер выполненных традиционных вмешательств, представлен в таблице I.

Таблица I

Распределение больных с ГПОД по характеру выполненных оперативных вмешательств

Фундопликация	I тип	II тип	Всего
по Nissen	42	7	49
по Toupet	6	-	6
по Dor	5	-	5
	53	7	60
Всего:	(88,3%)	(11,7%)	100%

У 5 пациентов при грыжах I тип и у 3 при грыжах II тип ввиду разрушения и атрофии ножек диафрагмы операция была дополнена крурорафией.

Послеоперационных осложнений и летальных исходов у оперированных больных не было.

Результаты и обсуждение. У всех оперированных открытым традиционным способом непосредственный послеоперационный период протекал гладко без раневых осложнений. Среднее пребывание на койке составило $17,4 \pm 1,54$ дней.

Дисфагия, умеренные боли и периодическая тошнота имели место в 3 случаях из 42 лиц, которым фундопликация была выполнена по Nissen. При грыжах II тип (параэзофагеальных) подобных жалоб не было.

Всем оперированным на кануне выписки из стационара в обязательном порядке проводилось контрольное рентгеноконтрастное исследование. В одном случае имела гиперфункция манжетки которая была устранена двумя сеансами бужирования посредством эндоскопии.

У 11 пациентов с грыжами ПОД после фундопликации по Toupet (6) и Dor (5) жалоб не было, а рентгеноскопический контроль выявил равномерную эвакуацию из пищевода.

Для иллюстрации приводим два наших наблюдения.

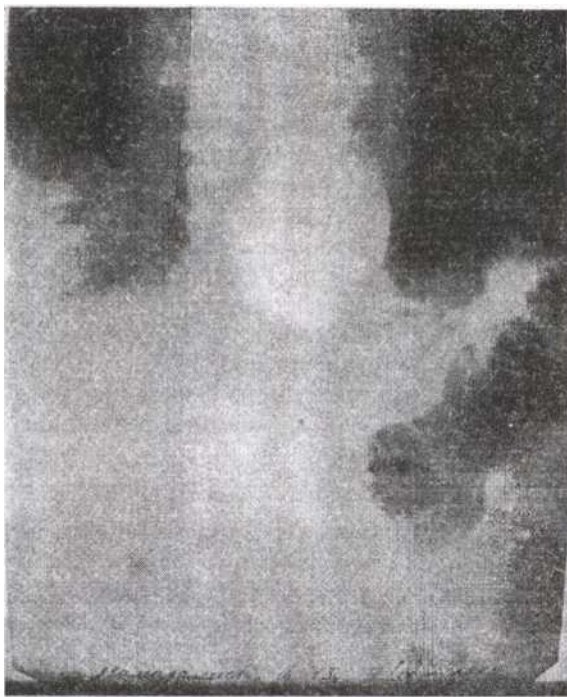


Рис. 1. Рентгенография до операции ПОД
(грыжевая камера 5,5 * 6,0 см)



Рис. 2. Рентгенография после операции.
Пищевод свободно проходим. Кардия
желудка под диафрагмой. Эвакуация из
желудка не нарушена.



Рис. 3. Параэзофагеальная субтотальная ГПОД

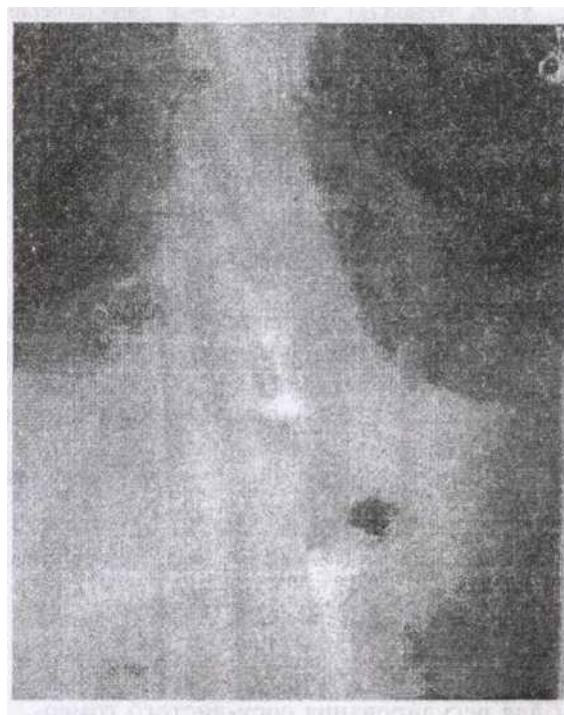


Рис. 4. Пищевод свободно проходим.
Эвакуация из пищевода не нарушена.

1. Больная М.42 года. Диагноз: аксиальная кардиофундальная ГПОД. Соп: язвенная болезнь 12 п. кишки. Ожирение 2 степени. Жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, тошноту, одышку. Анамнез: страдает в течение 4 лет. При рентгенологическом обследовании выявлена аксиальная грыжа ПОД

(грыжевая камера 5,5 x 6 см) рисунок 1.

Больная оперирована. Выполнена двухсторонняя стволовая поддиафрагмальная ваготомия. Пилоропластика по Гейнике-Микуличу. Фундопликация по Nissen. Послеоперацион-

ный период протекал гладко. При контрольной рентгеноскопии (рисунок 2) пищевод свободно проходим, кардия желудка под диафрагмой. Эвакуация из желудка не нарушена. Выписана на амбулаторное наблюдение на 18 суток.

2. Больная М. 43 лет. Диагноз: рецидивная паразофагеальная ГПОД. Состояние после фундопликации по Nissen. Разрушение фундопликационной манжетки. Жалобы на боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, под лопатку. Из анамнеза-больная 5 лет назад оперирована по поводу ГПОД в другом учреждении. Выполнена фундопликация по Nissen, через 6 месяцев после операции стала отмечать выше перечисленные жалобы. При рентгенологиче-

8.

9.

ском обследовании диагностирована паразофагеальная субтотальная грыжа ПОД, короткий пищевод (рисунок 3). Пациентка оперирована. Обнаружено расширение пищевода до 6 см. гипотрофия правой ножки диафрагмы с разрушением фундопликационной манжетки. Выполнена операция низведения желудка, крурорафия, фундопликация Dor с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу, фундопексией. Послеоперационный период протекал гладко. При контрольной рентгеноскопии (рисунок 4) пищевод свободно проходим, газовый пузырь сохранен. Эвакуация из пищевода не нарушена, порционно-ритмичная. Выписана на 14 суток.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

Литература

- Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищевода и диафрагмы. М., 2003. С. 26-30.
- Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. М., 2001.
- Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Ф.С. Рефлюкс-эзофагит. М., 1999.
- Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Егорова Л.К. Результаты фундопликаций при лечении рефлюкс-эзофагита // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2009. - № 4. - С. 64-69.
- Chrysos E., Tsiaoussis J., Zoras O.J. et al. Laparoscopic Surgery for Gastroesophageal Reflux Disease in Patients With Impaired Esophageal Peristalsis: Total or Partial Fundoplication? // I. Am. Coll. Surg. 2003. V. 197. P. 8-15.
- Erenoglu C., Miller A., Schirmer B. Laparoscopic Toupet versus Nissen fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux disease // Int. Surg. 2003. V. 88. P. 219-225.
- Furnee E.J.B., Draaisma W.A., Breeders L.A., Hein G., Gooszen Surgical Reintervention After Failed Antireflux Surgery: A Systematic Review of the Literature // J. Gastrointest. Surg. 2009. V. 13(8). P. 1539-1549.
- Wykypiel H., Gadenstaetter M., Klaus A. et al. Nissen or partial posterior fundoplication: which antireflux procedure has a lower rate of side effects? // Arch. Surg. 2005. V. 390 (2). P. 141-147.
- Yau P., Watson D.I., Devitt P. G. et al. Early reoperation following laparoscopic antireflux surgery. // Am. J. Surg. 2000. V. 179. P. 172-176.

Кенжаев М.Л., Ганиев
У.Ш., Абдижалилова
С.И., Холов Г.А.

**ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ОСНОВНОЙ
ФАКТОР РИСКА ИБС И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ**
РНЦЭМП (генеральный директор - проф. Хаджибаев А.М.)

Abstract: Endothelial dysfunction is a major risk factor for developing coronary artery disease and precedes the development of atherosclerosis. The term endothelial dysfunction encompasses the reduction of production of endothelium relaxing factors (chief among which is nitric oxide) and / or imbalance between vasodilatory and vasoconstrictor factors. This article provides an overview of the literature on endothelial dysfunction and its pathogenesis, treatment and outcome.

Key words: Endothelial dysfunction, risk factors, ischemic heart disease, L arginine.

Введение. В течение последних десяти лет, было показано, что эндотелий сосудов является активным паракринным, эндокринным и аутокринным органом, который необходим для регулирования сосудистого гомеостаза. Основные механизмы участия в атерогенезе показывают, что изменения эндотелия, иначе известные как дисфункция эндотелия или эндотелиальная дисфункция (ЭД), представляют собой ключевой первый шаг в развитии атеросклероза и также участвуют в прогрессировании и возникновении атеросклеротических осложнений [14]. ЭД характеризуется сокращением биодоступности вазодилаторов, в частности оксида азота (NO) [8]. В результате чего развивается дисбаланс между вазоконстрикцией и вазодилатацией данный дисбаланс приводит к нарушению эндотелий-зависимой вазодилатации, что и является характерным для ЭД. В дополнение к нарушению эндотелий-зависимой

вазодилатации, ЭД, ведет к активации провоспалительных, пролиферативных и прокоагулянтных систем, которые способствуют развитию атерогенеза [11]

Патофизиология эндотелиальной дисфункции.

Эндотелий поддерживает нормальный тонус сосудов. Тем не менее, как традиционные, так и новые сердечно-сосудистые факторы риска, включающие в себя курение, старение, гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию, гипергликемию и семейный отягощенный анамнез, все они связаны с изменениями в функции эндотелия [6]. Это приводит к хроническому воспалительному процессу, сопровождающимся потерей анти-тромботических факторов и увеличением вазоконстрикторных и протромботических продуктов, в дополнение к аномальной вазореактивности, поэтому резко повышается риск сердечно-сосудистых